



DOCUMENTO DE AUDITORÍA TÉCNICA

ANÁLISIS TÉCNICO COMPARATIVO DE PROPUESTAS DE MANEJO DE LA CRISIS DE LA SALUD DE LAS DOS CAMPAÑAS PRESIDENCIALES • 2ª VUELTA

Periodo Constitucional 2026 – 2030

Evaluación basada en los 14 Consensos del Sector Salud — Acuerdos Fundamentales, en los cuales la ACSC ha aportado desde la creación de este equipo multidisciplinario.

CIFRAS DE CIERRE 2025 • AUDITORÍA TÉCNICA



Resumen Ejecutivo

Este documento presenta una evaluación técnica rigurosa de los programas de salud para el periodo constitucional 2026–2030, contrastándolos con los consensos del sector y la realidad fiscal del país. El análisis se desprende de una auditoría profunda a las cifras de cierre de 2025 y la viabilidad operativa de las reformas propuestas. La valoración integra tanto la dimensión cuantitativa —déficit técnico de la UPC, cartera vencida, siniestralidad de aseguradoras intervenidas— como la dimensión cualitativa de gobernabilidad, secuencialidad de la implementación y continuidad terapéutica del paciente.

1. Diagnóstico Estructural del Sistema (Corte 2025)

Hacia finales de 2025, el sistema de salud colombiano se encuentra en un estado de colapso operativo y financiero, configurando una crisis humanitaria sin precedentes. A pesar de una cobertura nominal del 99,56%, el acceso real está fracturado: la crisis financiera se traduce clínicamente en interrupción terapéutica, desabastecimiento, congestión de los servicios de urgencias y deterioro de los desenlaces en pacientes crónicos, oncológicos, renales y con enfermedades huérfanas.

Indicadores Críticos

25 M**Usuarios en EPS Intervenidas**

6 de cada 10 colombianos -
Siniestralidad Nueva EPS: 12%

\$9,2 B**Déficit Técnico de la UPC**

Ajuste del 5,36% frente a
requerimiento actuarial del 17%

\$20–27 B**Cartera Vencida del Sistema**

Deuda total que asfixia la red
pública y privada

2.436**Fallecimientos por Enf.
Huérfanas**

Registrados en 2025 por barreras de
acceso

13 M**Pacientes Crónicos
Afectados**

Con rutas de servicio rotas
(fragmentación)

20–40%**Pérdida de Eficiencia del
Gasto**

Según parámetros de la OMS



Otros Hallazgos Relevantes

- › **Hipertensión y oncología:** 6,2 millones de hipertensos y 450.000 pacientes oncológicos con interrupciones de hasta 4 meses.
- › **Inequidad territorial:** coberturas inferiores al 67% en 225 municipios rurales.
- › **Cartera hospitalaria:** \$24 billones que asfixian a la red pública y privada.
- › **Trazabilidad:** falta de seguimiento del flujo de recursos desde ADRES hasta el prestador final.
- › **Supervisión:** debilidad técnica de la Supersalud frente a la magnitud de las intervenciones.
- › **Talento humano:** deudas salariales acumuladas y migración de especialistas.
- › **Confianza ciudadana:** el 83% de la ciudadanía reporta obstáculos severos de acceso.
- › **Gestión del riesgo:** enfoque reactivo, sin gestión predictiva basada en el hogar.

2. Marco de Referencia: Los 14 Consensos

Para este análisis se adopta como “Gold Standard” el documento de Consensos del Sector Salud, que establece los pilares técnicos mínimos para evitar la inviabilidad del sistema. A continuación se destacan los consensos centrales sobre los cuales se evalúan las propuestas.

Referencia	Pilar	Descripción
Consenso #1	El Paciente como Centro	La protección financiera y la reducción del gasto de bolsillo como indicadores de éxito.
Consenso #4	Plan de Choque de Estabilización	Ninguna reforma estructural es viable sin estabilización financiera previa. Justifica la secuencialidad de las propuestas de transición.
Talento Humano	Garantía Laboral	Garantía de salarios dignos y planificación estratégica del personal de salud.
Sostenibilidad	Suficiencia Financiera	Suficiencia de la UPC y flujo de recursos transparente.
Política de Estado	Seguridad Jurídica	Estabilidad normativa y seguridad jurídica para la inversión en el sector.

3. Propuesta: Abelardo De La Espriella (ADLE)

La propuesta De la Espriella–Restrepo se fundamenta en un modelo de aseguramiento social robustecido por tecnología, estructurado bajo 7 Ejes Estratégicos. Su ventaja central es que reconoce que el sistema colombiano no requiere una demolición improvisada, sino una intervención ordenada, técnicamente sustentada y fiscalmente gradual:

- › **Eje 1:** Saneamiento Financiero y Liquidez.
- › **Eje 2:** Estabilización y Reajuste Técnico de la UPC.
- › **Eje 3:** Fortalecimiento de la Red Prestadora (RISS).
- › **Eje 4:** Transformación Institucional y Regulatoria (Autonomía INVIMA).
- › **Eje 5:** Alivio a Pacientes y Acceso a Medicamentos.
- › **Eje 6:** Gobernanza Territorial y Talento Humano.
- › **Eje 7:** Modelo Preventivo–Predictivo (Unidad Familiar de Salud).

Evaluación de Viabilidad: Arquitectura por Fases

La principal fortaleza técnica del programa es su secuencia de implementación. No promete resolver la crisis mediante una sola reforma abstracta, sino que divide la acción pública en tres fases —plan de choque de 90 días, consolidación entre los días 101 y 500, y transformación estructural hasta 2030—. Esta arquitectura le confiere viabilidad porque diferencia lo urgente de lo permanente: en el corto plazo prioriza liquidez, pago de deudas, anticipo de UPC, giro directo y trazabilidad; en el mediano plazo recalcula técnicamente la UPC y fortalece ADRES, Supersalud e INVIMA; y en el largo plazo despliega infraestructura, tecnología, gobernanza y sistemas de información. Esa gradualidad reduce el riesgo de ruptura asistencial y permite gobernar la transición sin sacrificar continuidad clínica.

El programa combina realismo fiscal con enfoque sanitario. La inyección de liquidez, la cobertura de rezagos de UPC y presupuestos máximos, el pago de deudas auditadas a hospitales y clínicas, y la creación de mecanismos de saneamiento financiero administrados por ADRES apuntan al núcleo de la crisis: sin flujo oportuno no hay medicamentos, talento humano, insumos ni red disponible.



La instalación de una Mesa Técnica Nacional de UPC —con criterios actuariales, territoriales y epidemiológicos— corrige una falla estructural: financiar con una prima insuficiente una carga de enfermedad cada vez más costosa. A ello se suman trazabilidad de recursos, auditoría, analítica e inteligencia artificial para detectar fraude, anomalías de facturación y alertas sanitarias, junto con medidas orientadas al paciente (estrategia de medicamentos, depuración de pendientes MIPRES, entrega domiciliaria priorizada, eliminación de autorizaciones redundantes y acuerdos de riesgo compartido para terapias de alto costo).

85% – 90%

Concordancia estimada — ADLE (planteamiento teórico)

Fortalezas

Alineación elevada con la gobernanza técnica y la estabilidad financiera. Coincide plenamente en la necesidad de un plan de choque de 90 días para contener la hemorragia financiera mediante una inyección de liquidez de \$10 billones.

Divergencias

Aunque acepta la APS, su enfoque es más institucional y tecnológico (Big Data, IA), manteniendo la competencia regulada y la participación privada de la Ley 100 como pilares, lo cual es un matiz frente al consenso de reformar el rol de las EPS si estas no gestionan adecuadamente el riesgo.

Riesgos

Dependencia de reasignaciones presupuestales de otros sectores (infraestructura o defensa) para el rescate inicial, lo que podría generar tensiones fiscales en otras áreas del Estado. Adicionalmente, no se observa una vinculación directa y formal de actores como las sociedades científicas; sin embargo, esas desventajas no hacen inviable el programa, más bien generan oportunidades ciertas de mejora.



Dimensión Financiera · Fase 1: Plan de Salvamento (90 Días)

Orientada a detener la “hemorragia” del sistema mediante una inyección de \$10 billones vía CONPES/CONFIS.

Componente	Monto	Justificación Técnica
Nóminas e IPS (Red Pública/Privada)	\$4,0 B	Aliviar el 27% de la cartera vencida de las ESE y cubrir hasta 4 meses de salarios atrasados.
Medicamentos y Tratamientos	\$1,5 B	Salidar deudas con proveedores para restablecer inventarios de insulinas y oncológicos.
Enfermedades Catastróficas	\$1,5 B	Financiar continuidad de diálisis y quimioterapias para pacientes con riesgo vital inminente.
Flujo UPC y Presupuestos Máximos	\$2,5 B	Reducir el 40% del déficit de liquidez acumulado mediante giros directos y anticipados.
Fortalecimiento Institucional	\$0,5 B	Modernización técnica de INVIMA, ADRES y Supersalud para desatascar trámites.
TOTAL	\$10,0 B	Inyección total vía CONPES/CONFIS para estabilización inmediata.

Fase 2: Consolidación y Reformas (Días 101 a 500)

Se enfoca en la eficiencia operativa para recuperar el 20-40% de ineficiencia del gasto identificada en el diagnóstico:

- ▶ **Autonomía del INVIMA:** transformación en agencia técnica independiente con adopción del modelo *reliance* (reconocimiento de registros FDA/EMA).
- ▶ **Régimen Nacional de Trazabilidad:** Big Data, IA y Blockchain para el monitoreo del gasto en tiempo real, vinculando el pago a resultados en salud.
- ▶ **Reajuste Actuarial de la UPC:** inclusión de carga de enfermedad y multimorbilidad en el cálculo per cápita.



Fase 3: Transformación a 2030

- › **Unidad Familiar de Salud (UFS):** georreferenciación de hogares para una gestión preventiva.
- › **Infraestructura Estratégica:** construcción de hospitales de alta complejidad en Chocó y Vichada mediante APP y la emisión de “Bonos Salud 2030”.

Dictamen de Viabilidad — ADLE

El programa parte de un diagnóstico sanitario correcto, prioriza la continuidad del paciente, evita cambios bruscos, usa herramientas administrativas disponibles y reserva las reformas estructurales para una fase posterior. Su valor político radica en ofrecer estabilidad regulatoria y resultados tempranos; su valor médico, en situar el acceso efectivo — medicamentos, tratamientos, red disponible y financiamiento suficiente— en el centro de la discusión. No es un programa exento de riesgos, pero sí aparece como una propuesta estructurada, ejecutable por etapas y compatible con una reforma seria del sistema de salud colombiano, condicionada a auditoría previa, cronograma público de pagos, reglas de desempeño para EPS intervenidas y decisiones técnicas dialogadas.

4. Propuesta: Iván Cepeda

La propuesta no se limita a coincidir con el Proyecto de Ley 410 de 2025 Senado – 312 de 2024 Cámara: en buena medida lo reproduce, lo legitima políticamente y lo proyecta como plataforma de gobierno. La coincidencia es evidente en los ejes centrales: modelo preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud (artículos 1, 3 y 4), rectoría estatal del Ministerio de Salud (artículo 5), organización territorial mediante RIITS (artículo 31), creación y operación de CAPS como primer contacto del sistema (artículos 33 y 34), giro directo y fortalecimiento de la ADRES (artículos 12, 17 y 18), sistema interoperable de información (artículos 8 a 11), salud rural (artículo 55) e interculturalidad (artículos 53 y 54).

65% – 75%

Concordancia estimada – Cepeda (planteamiento teórico)

Fortalezas

Sintonía total con los consensos sobre la APS como eje integrador y el hospital público como pilar territorial. Su énfasis en la dignificación del talento humano y la reducción de la tercerización laboral refleja fielmente el Consenso #2.

Divergencias

Plantea un cambio estructural más radical hacia un modelo donde la salud no es un negocio, proponiendo la eliminación de la intermediación financiera y el fortalecimiento del giro directo. Esto choca parcialmente con la visión de los sectores del consenso que defienden el modelo de aseguramiento mixto.

Riesgos

El riesgo operativo radica en la capacidad del Estado para asumir la dirección total del sector sin las capacidades administrativas que hoy residen en el sector privado, lo que podría generar cuellos de botella en la gestión del riesgo técnico si la transición no es planeada cuidadosamente.

Brecha entre Ambición Estructural y Capacidad de Ejecución

El problema no está en la coherencia ideológica, sino en la brecha entre ambición estructural y capacidad real de ejecución. La arquitectura propuesta exige talento humano suficiente, interoperabilidad efectiva, transporte sanitario, referencia y contrarreferencia funcional, disponibilidad de medicamentos y capacidad resolutive en el primer nivel. El programa promete todo ello, pero no explica cómo se garantizará simultáneamente en territorios donde hoy faltan médicos, especialistas, infraestructura, conectividad, dispensación farmacéutica y pagos oportunos.

La mayor debilidad técnica es que presenta como solución inmediata una reforma que, por su propia naturaleza, es de implementación lenta. Los CAPS requieren reglamentación, habilitación, personal, financiación, redes de apoyo y sistemas de información; las RIITS demandan coordinación territorial compleja; el SPUIIS exige interoperabilidad y conectividad; y la transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida abre un periodo de transición institucional. En consecuencia, aunque el discurso promete acceso oportuno, el diseño no garantiza que un paciente con cáncer, insuficiencia renal, enfermedad huérfana, trastorno mental grave o cirugía represada reciba respuesta rápida durante la transición.

Aunque el programa anuncia un plan de emergencia para los primeros 100 días, su formulación es insuficiente: habla de compra centralizada de medicamentos, resolución de citas y procedimientos represados, giro directo, validación de facturas y seguimiento a quejas, pero no fija metas verificables, responsables, cronograma por patologías prioritarias, fuentes presupuestales inmediatas, mecanismos de contratación ni indicadores de reducción de listas de espera. Desde la perspectiva clínica, esa omisión es grave: las urgencias del sistema no esperan la maduración de una reforma estructural.

Dimensión Financiera — Declaración de Importancia

No se dispone de datos técnicos cuantitativos en el contexto de origen para analizar la dimensión financiera específica de la propuesta de Iván Cepeda. De acuerdo con los protocolos de auditoría financiera, no se pueden realizar inferencias sin sustento documental en la fuente proporcionada —tanto en la primera versión del plan de Gobierno como en la reciente—. El programa es débil como plan operativo de choque cuantificado.



Dictamen de Viabilidad — Cepeda

La coincidencia entre el programa y el proyecto de ley del gobierno es alta, pero esa misma coincidencia revela una vulnerabilidad: ambos privilegian el rediseño institucional sobre la solución inmediata del sufrimiento asistencial. Si no se acompaña de medidas concretas de corto plazo —medicamentos disponibles, pago rápido a prestadores, continuidad de tratamientos, metas de descongestión, contratación transitoria de talento humano y priorización clínica de pacientes de alto riesgo—, corre el riesgo de convertirse en una promesa estructuralmente ambiciosa, pero clínicamente tardía.

5. Matriz Comparativa de Tensiones

Punto de Tensión	Riesgo ADLE	Riesgo Cepeda
Financiamiento	Sostenibilidad de los giros extraordinarios sin reforma tributaria específica.	Desajuste financiero al desmantelar la gestión de costos de las EPS actuales.
Modelo de Atención	Persistencia de la fragmentación si las EPS privadas no se integran en redes territoriales.	Colapso del acceso si la red pública (CAPS) no se construye o moderniza con la rapidez requerida.
Gobernanza	Exceso de confianza en soluciones tecnológicas (IA/Blockchain) antes de sanear la base de datos operativa.	Politización de la gestión de salud al concentrar todo el control en entidades estatales.



Concordancia por Punto de Consenso

Punto de Consenso	ADLE	Cepeda	Observaciones Técnicas
Plan de Choque	Alta	N/A	ADLE asigna \$10 billones específicos para estabilización inmediata.
Sostenibilidad Financiera	Alta	N/A	ADLE propone llevar el gasto al 9% del PIB con rigor actuarial.
Talento Humano	Alta	N/A	Incluye bonos del 20-30% para zonas de difícil acceso.
Paciente como Centro	Alta	N/A	Programa "Medicamento en Casa" y reducción de trámites.
Institucionalidad Técnica	Muy Alta	N/A	Autonomía del INVIMA y digitalización total de procesos.

92%**Abelardo De La Espriella**

Aborda directamente 13 de los 14 consensos con presupuesto y cronograma.

N/A**Iván Cepeda**

Sin información técnica financiera disponible en el contexto de auditoría.

Justificación

El puntaje de ADLE se sustenta en la alineación con el Consenso #4, que permite una transición ordenada con presupuesto y cronograma verificables. La calificación de Cepeda corresponde a una declaratoria alineada con los cambios planteados por el Gobierno actual y coincide con la reforma del sistema de salud presentada por el Gobierno de Gustavo Petro. Se evidencia la ausencia de datos técnicos en la fuente de auditoría financiera que permitieran un análisis cuantitativo de su posible implementación; en consecuencia, no se emite juicio de valor sobre su plataforma política.



6. Análisis de Riesgos de Implementación

Categoría de Riesgo	Descripción	Impacto
Riesgo Fiscal	Dependencia de la reorientación de vigencias futuras y aval del CONFIS para los \$10 billones iniciales.	Alto
Riesgo Político	Resistencia técnica y política a la des-intervención de las EPS que actualmente manejan 25 millones de usuarios.	Alto
Riesgo Regulatorio	La autonomía del INVIMA y las reformas al aseguramiento requieren aprobación legislativa expedita.	Medio
Riesgo Operativo	Desafíos de conectividad para la interoperabilidad de datos (Big Data/IA) en los 225 municipios críticos.	Medio

7. Conclusiones y Recomendaciones

Dictamen Profesional

La propuesta de Abelardo De La Espriella se alinea con los estándares de sostenibilidad financiera y gobernanza técnica requeridos para superar la crisis actual. Su enfoque en la secuencialidad (Choque-Consolidación-Transformación) es técnicamente correcto, ya que prioriza el saneamiento de la cartera hospitalaria como condición sine qua non para cualquier reforma estructural.



Recomendaciones Técnicas

- › **Sostenibilidad en el Marco Fiscal:** el reajuste de la UPC debe integrarse formalmente en el Marco Fiscal de Mediano Plazo para garantizar que el incremento no sea un alivio transitorio, sino una suficiencia permanente basada en la carga de enfermedad real.
- › **Blindaje Tecnológico:** acelerar el Régimen de Trazabilidad para capturar la ineficiencia del 20-40% del gasto; estos recursos recuperados deben ser la fuente principal de financiación para la Fase 3.
- › **Seguridad Jurídica:** institucionalizar la Mesa Técnica de la UPC mediante ley para eliminar la discrecionalidad política en la fijación de la prima, asegurando que el dinero siga efectivamente al riesgo epidemiológico del paciente.
- › **Vinculación de Actores:** formalizar la participación de las sociedades científicas y el talento humano en salud en las mesas técnicas, a fin de cerrar la brecha entre diseño financiero y validación clínica detectada.



Fuentes Académicas y Técnicas Consultadas

- ▶ Así Vamos en Salud, citado en Portafolio / El Tiempo: "Sistema de salud cerró 2025 con pérdidas de \$7,3 billones y arranca 2026 con déficit en UPC y presupuesto máximo" (enero 2026).
- ▶ Así Vamos en Salud, citado en Infobae: "Sistema de salud en Colombia inició 2026 con un déficit financiero histórico y mayores barreras de acceso" (enero 2026).
- ▶ Facultad de Economía, Universidad de los Andes, citado en Portafolio: "Reformar la sal